

# Solicitud de informe de las divulgaciones de la información de la salud protegida



## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente:  Fecha de nacimiento:

# de teléfono:  # de expediente médico (opcional):

Calle:  Ciudad:  Estado/Código postal:

## SOLICITUD

Le pido a Salem Health que me informe acerca de las revelaciones de mi información de salud protegida hecha por Salem Health durante el siguiente período de tiempo:

De:  Hasta:

(Fecha) (Fecha)

Salem Hospital     West Valley Hospital

Yo entiendo que tengo el derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por Salem Health, sin incluir las divulgaciones hechas para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de la salud o divulgaciones hechas antes de abril 14, 2003 o con excepción de otros propósitos.

Yo entiendo que tengo el derecho a un informe de forma gratuita cada 12 meses, y que se me puede cobrar si solicito un informe adicional dentro de los mismos 12 meses. Yo entiendo que se me notificará de los costos involucrados y que tendré en ese momento la oportunidad de retirar o modificar mi solicitud antes que incurra cualquier costo. Yo entiendo que tengo el derecho a recibir un informe de revelación de información protegida de salud realizada por Salem Health en los seis años anteriores a la fecha en la cual el informe es solicitado. "

Firma (Si es firmado por un representante personal, por favor escriba a continuación)

Fecha

Nombre del representante personal:

Relación con el paciente:

Por favor regrese el formulario completado al oficial de privacidad: **Salem Health Privacy Officer**  
Corporate Integrity Office  
P.O. Box 14001  
Salem, OR 97309-5014